

**NEGFAR****SOLICITUD DE EMPLEO**

Por favor lea detenidamente y llene cada espacio de acuerdo a lo indicado, utilizando letra clara y legible sin enmendaduras ni tachaduras.

Cargo Solicitado Dependiente de Farmacia	Sueldo / Salario que aspira 450.
--	--

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos Chango Toapanta		Nombres Maria Luzmila	
Dirección domiciliaria:			
Provincia Tungurahua	Ciudad Pillaro	Urbanización / Sector (norte, sur, etc.) Pobres Millonarios	
Calle / Avenida / Vereda Calle Flores		Edificio / Casa / Otro Casa	Nº / Nombre S/N
Parroquia Pillaro	Teléfonos: Convencional: Celular: 0939033094		
Cédula de Identidad 1803886223	Nacionalidad <input checked="" type="checkbox"/> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Extranjero	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Su Vivienda es: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input checked="" type="checkbox"/> Familiar
Edad 34	Lugar de Nacimiento: San Andrés, Pillaro	Fecha de Nacimiento 11/01/1989	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a)
Posee Licencia <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo de Licencia B	Posee Vehículo <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No No. de Placa	¿Puede Trabajar en cualquier lugar de la Ciudad? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Disponibilidad Inmediata <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiempo:
Estatura 1,50	Calzado 37	Usa lentes <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Posee Discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Peso 67 Kg	Tipo de Sangre ORH +		
¿Posee cuenta bancaria? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Banco: Ban Ecuador Ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>			
Nº Cuenta 4018463496		Correo personal: marilynlu2@hotmail.es	

EN CASOS DE EMERGENCIAS COMUNICARSE CON:

Apellidos y Nombres: Saguina Chango Tatiana Michelle	Parentesco: Sobrina	Teléfono convencional:
Dirección: San Andrés		Celular: 0999477810

INFORMACION FAMILIAR (Papá, mamá, hermanos, esposa, hijos, etc):

Nombres y Apellidos	Parentesco	Ocupación	Empresa	Edad
Jorge Anibal Chango Ortega	Papá	Chofer	Propio	62
Zoila Mercedes Toapanta	Mamá	Ama de casa		62
Nancy Yolanda Chango Toapanta	Hermana	Ama de casa		42
Sonia Patricia Chango Toapanta	Hermana	Ama de casa		40
Dayana Anahí Toapanta Chango	Hija	Estudiante		15
Karla Estefanía Morocho Chango	Hija			4 meses

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Estudios	Título Obtenido	Institución	Lugar	Años Cursados	Fecha		Graduado	
					Desde	Hasta	SI	NO
Primaria								
Secundaria								
Técnica	Análisis en Sistemas	Los Andes	Pillaro	3	2008	2011	✓	
Universitaria								
Post-grado								
Estudia actualmente <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Dónde: Carrera: Horario:								

CURSOS

Nombre del Curso	Instituto o Entidad Didáctica	Duración (Hrs)	Fecha
Gerencia en Farmacias	UEES	44 Hrs	30/09/2019
Desarrollo de competencias	VIDE	24 Hrs	18/10/2021

EXPERIENCIA LABORAL (Comience por su último o actual trabajo)

Nombre de la Empresa Clinica Santa Maria		Dirección Actual Calle Colón y Ayllon		Teléfonos 099044448	
Tiempo de Servicios		Cargo	Razón de Retiro	Nombre Supervisor	
Desde 2013	Hasta 2015	Auxiliar de enfermería	Cambio de trabajo	Dr. Felix Acosta	

Descripción del trabajo desempeñado:

Atención al paciente, manejo de quirófano, administración de medicina

Nombre de la Empresa Farmacia Cruz Azul		Dirección Actual Carlos Tamayo		Teléfonos 2873692	
Tiempo de Servicios		Cargo	Razón de Retiro	Nombre Supervisor	
Desde 2017	Hasta 2023	Auxiliar de farmacia	Cambio de trabajo	Ing. Roberto Changuin	

Descripción del trabajo desempeñado:

Atención al cliente, ingreso y despacho de medicina, control inventarios

Nombre de la Empresa		Dirección Actual		Teléfonos	
Tiempo de Servicios		Cargo	Razón de Retiro	Nombre Supervisor	
Desde	Hasta				

Descripción del trabajo desempeñado:

Indique Idiomas:		E= Excelente,		B= Bien,		R= Regular		Donde lo aprendió		Duración	
Idiomas		Habla		Escribe		Lee		Traduce			
Español		E		E		E					

REFERENCIAS PERSONALES

(Que no sean familiares)

Nombre y Apellido	Ocupación	Dirección	Teléfono	Años conociéndolo
Heidi Espín	Lic. Seguridad	La Tranquilla	0979096273	5
Jessyca Alcaciega	Ing. Sistemas	Salcedo	0981229717	12

NOMBRE DE CLUB U OTRAS ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE :

¿ PRACTICA ALGUN DEPORTE ? ☐ Si ☒ No Cuál: _____¿ESTA DISPUESTO A SOMETERSE A ALGUN EXAMEN MEDICO PRE-EMPLEO ? ☒ Si ☐ No¿SE HA EFECTUADO ALGÚN EXAMEN MÉDICO RECIENTEMENTE? ☒ Si ☐ No

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA VEZ, LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (INDIQUE)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> Lumbagia | <input type="checkbox"/> Hernia Discal |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Hernia Umbilical | <input type="checkbox"/> Otra- Cuál : _____ |
| <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Hernia Inguinal | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial (T. Alta) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal | <input type="checkbox"/> Le han practicado alguna cirugía ? Indique : _____ |

¿TIENE ALGÚN FAMILIAR TRABAJANDO EN LA EMPRESA ? ☐ Si ☒ No Nombre: _____ Parentesco: _____¿TIENE ALGÚN AMIGO(A) O CONOCIDO(A) TRABAJANDO EN LA EMPRESA? ☐ Si ☒ No Nombre: _____¿TIENE ALGÚN FAMILIAR O AMIGO QUE HAYA TRABAJADO EN NEGFAR? ☐ Si ☒ No

Nombre del Familiar _____ Tiempo en la compañía _____ Parentesco _____

TALLA DE UNIFORME: S ☐ M ☒ L ☐ XL ☐ XXL ☐ XXXL ☐

Declaro que los datos por mí suministrados en esta solicitud son ciertos. En caso de dar información no cierta u ocultar información importante, esto puede dar motivo a la culminación justificada de la relación de trabajo. Me comprometo igualmente a realizar las pruebas de competencia requeridas para el cargo al cual aspiro y a someterme al examen médico practicado por los médicos de la empresa. El tiempo utilizado por mí en las pruebas y exámenes sera por mi exclusiva cuenta, sin que constituya obligación por parte de la empresa para la contratación de mis servicios, conviniendo que de obtenerlo me someteré a sus reglamentos y condiciones y que mi obligación no estará limitada a trabajar donde ingrese, sino que pudiera ser transferido a cualquiera de sus dependencias.

Nombre y Apellido del solicitante: Maria Chango Teapanta	Firma: 	Lugar y Fecha: Pillaro, 2 de Octubre 2023
--	---	---